



Національна академія медичних наук України

Всеукраїнська асоціація кардіологів України

ДУ «Національний науковий центр "Інститут кардіології  
імені академіка М.Д. Стражеска" НАМН України»

# Український кардіологічний журнал

## Ukrainian Journal of Cardiology

### **Матеріали XX Національного конгресу кардіологів України**

(Київ, 25–27 вересня 2019 р.)

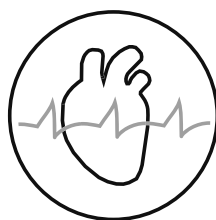
Головний редактор: О.М. Пархоменко

Наукова редакція випуску: М.І. Лутай (голова), Л.Г. Воронков,  
С.М. Кожухов, О.І. Мітченко, Л.А. Міщенко, О.Г. Несукай, О.С. Сичов,  
Ю.М. Сіренко, Ю.М. Соколов, Т.В. Талаєва, В.О. Шумаков

Том  
**26**

Додаток  
**1**

**2019**



[www.ucardioj.com.ua](http://www.ucardioj.com.ua)

Київ • 2019

восстановления ритма – фрагментации предсердий, не отмечено.

**Результаты.** Из 316 оперированных пациентов на госпитальном этапе умерло 6 (1,8 % госпитальная летальность). Причины – пневмония (2), полиорганная недостаточность (2), инсульт (2). Инотропная поддержка (добутамин) составила в пределах 3–5 мкг/мин/кг в течение первых 72 часов. Длительность пребывания на ИВЛ составила  $(7,5 \pm 1,7)$  часа, в отделении интенсивной терапии –  $(76,2 \pm 4,4)$  часа. Синусовый ритм при выписке по ЭКГ отмечался у 258 (81,6 %) пациентов. Восстановление синусового ритма в группе пациентов с пластикой ЛП было выше, чем в альтернативной группе: 85,8 и 69,4 % ( $p < 0,05$ ). Через  $(4,5 \pm 0,5)$  год после операции прослежено 289 пациентов. Из 248 пациентов из группы с восстановленным правильным ритмом у 229 (92,3 %) удерживается синусовый ритм. Из 41 пациента из группы выписанных с фибрилляцией предсердий у 24 (58,5 %) восстановился синусовый ритм от 3 до 6 месяцев после операции. В группе с восстановленным правильным ритмом отсутствовали тромбозомболические осложнения.

**Выводы.** Коррекция клапанов в сочетании с фрагментирующей операцией по схеме Maze IV-box в обоих предсердиях позволяет успешно восстановить правильный ритм в 81,6 % случаев на госпитальном этапе и стабилизировать его в отдаленный период. Элементы редукции ЛП, снижения величины его размера менее 5,0 см, резекции ушка являются важными для восстановления синусового ритма.

### Суправентрикулярні тахікардії при критичних станах і в післяопераційний період – рекомендації EHRA 2019 року

В.А. Потабашній, В.І. Фесенко

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,  
Кривий Ріг

Суправентрикулярні тахікардії (СВТ) часто реєструються у пацієнтів, які перебувають у критичних станах, а також в післяопераційний період. Належне використання антиаритмічних препаратів (ААП) у цієї категорії пацієнтів залежить від коректної оцінки гемодинамічних наслідків і асоційованих коморбідностей (особливо при наявності структурних змін серця), а також потенційного проаритмогенного ефекту ААП. Актуальним є питання про тактику застосування ААП у випадку проаритмії, електролітному дисбалансі та специфічних ситуаціях, пов'язаних з критичними станами і оперативним втручанням.

**Мета** – провести аналіз рекомендацій EHRA 2019 року щодо лікування суправентрикулярних тахікардій у пацієнтів, які перебувають у критичному стані та в післяопераційний період.

**Результати.** СВТ є регулярними аритміями з вузькими комплексами QRS ( $< 120$  мс) при відсутності блокади ніжок пучка Гіса або антидромної реципрокної атріовен-

трикулярної тахікардії (АВТ). Визнано два механізми СВТ: перший – збільшення автоматизму синусового вузла (синусова тахікардія), передсердь (передсердна тахікардія-ПТ) чи атріовентрикулярного з'єднання; другий – re-entry в АВ-вузлі (АВВРТ) або з додатковими шляхами проведення – АВ реципрокна тахікардія (АВРТ). Ці аритмії можуть бути в анамнезі пацієнтів, які перебувають у критичному стані або в післяопераційний період, частина з них вже приймали ААП. Мультифокальна ПТ частіше реєструється у пацієнтів з хронічним обструктивним захворюванням легень, ішемічною хворобою серця та хронічною серцевою недостатністю, може бути індукованою гострою інфекцією, особливо в осіб похилого віку. Цю аритмію слід ретельно диференціювати з фібриляцією та тріпотінням передсердь. Вагусні маневри допомагають диференціювати АВВРТ і АВРТ від ПТ. Якщо вагусні маневри недостатні, в/в введення ААП повинні призначатися для припинення аритмії при стабільній гемодинаміці. При тахікардії з вузькими комплексами QRS першим вибором є аденозин, верапаміл або  $\beta$ -адреноблокатори. Аденозин має переваги, враховуючи швидкий початок дії та короткий період напіввиведення. ААП з більшою тривалістю дії (в/в верапаміл або  $\beta$ -адреноблокатори) більш ефективні у пацієнтів з рецидивами аритмії. При тахікардії з широкими комплексами QRS ( $> 120$  мс) важливою є диференціація СВТ від шлуночкових тахікардій. Якщо диференціальний діагноз такої тахікардії не можливий, лікування проводиться як шлуночкової тахікардії. Флекаїнід може бути використаний в/в при АВРТ або ПТ, але протипоказаний у випадку низької фракції викиду лівого шлуночка (ФВлш) або гіпертрофічній кардіоміопатії. Аміодарон може бути необхідним при низькій ФВлш або серцевій недостатності. Корекція провокуючих факторів повинна бути обов'язковою частиною лікування, оскільки конверсія до синусового ритму можлива навіть після цих заходів. Електрична кардіоверсія показана пацієнтам з нестабільною гемодинамікою. У випадках рецидиву СВТ абляція може вирішити питання усунення тахікардії, особливо при поганій толерантності, а іноді необхідна навіть у гострій ситуації.

**Висновки.** Імплементация рекомендацій EHRA з ведення суправентрикулярних тахікардій при критичних станах і в післяопераційний період, адаптованих до реальної практики в Україні, буде сприяти удосконаленню та персоналізації медичної допомоги пацієнтам, які перебувають у критичному стані.

### Шлуночкові аритмії при критичних станах і в післяопераційний період – рекомендації EHRA 2019 року

В.А. Потабашній, В.І. Фесенко

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,  
Кривий Ріг

Шлуночкові аритмії (ША) у пацієнтів з критичними станами і в післяопераційний період виникають майже